

## **ESTUDIO SCAR (Síndromes Coronarios Agudos en Argentina)**

### **XXXVIII CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGIA 2012**

#### **102 - REGISTRO DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS – SCAR. CARACTERÍSTICAS ACTUALES DEL INFARTO CON SUPRADESNIVEL DEL ST EN LA ARGENTINA**

Dr. GARCIA AURELIO, Mauro Javier | COHEN ARAZI, Hernán | HIGA, Claudio | GOMEZ SANTA MARÍA, Héctor | MAURO, Víctor | IGLESIAS, Ricardo | PIOMBO, Alfredo | BLANCO, Patricia

AREA DE INVESTIGACION SAC - CONSEJO DE EMERGENCIAS SAC

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es describir las características de la población, el tratamiento recibido y la evolución del infarto con supra-desnivel del segmento ST (IAMST) en Argentina, y determinar las variables asociadas a la mortalidad.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron los datos de la encuesta SCAR en la que participaron 87 centros de todo el país. Para este trabajo se incluyeron los datos de los pacientes con diagnóstico de IAMST.

Se realizó regresión logística para evaluar la asociación de las variables con la mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron 476 pacientes (p) que ingresaron con supradesnivel del segmento ST en el ECG. La edad promedio fue de 61 + 12.3 años, 75% sexo masculino, 20% con antecedentes de DBT, 42% tabaquistas, 51% DLP y 63% HTA. 7% tenía ACE, 5% habían sido internados previamente por angina inestable, 13% tenían IAM previo, 2% antecedentes de revascularización quirúrgica y 10% por angioplastia. 3% tenía IC previa, 3% había presentado un ACV y 2% tenía insuficiencia renal crónica.

Ciento treinta y cinco p (29%) recibían tratamiento previo con AAS, 18% con estatinas y 25% con BB.

Al ingreso, 374 p (79%) se encontraban en killip 1, 62 p (13%) en KK2, 11 p (2%) en KK3 y 29 p (6%) en KK4. El tiempo promedio desde el inicio del dolor hasta el ingreso fue 120 min (RIC 60-330). Cuando el paciente requirió derivación a otro centro se observó una demora de 240 minutos (120-510).

92 p recibieron tratamiento de reperfusión con trombolíticos (TL) (91% STK); el tiempo desde el inicio del dolor hasta el tratamiento TL fue 180 min (110-250) y puerta aguja de 55 min (29-90). 285 p se trataron con angioplastia primaria (14% con DES), 29 pacientes con ATC de rescate, 16 p angioplastia farmacoinvasiva y 2 facilitada. El tiempo puerta-balón fue 107 min (60-231). La realización de la angioplastia primaria con un tiempo puerta-balón menor a 90 min se asoció a reducción de la mortalidad [OR=0.34 (0.11-0.98), p=0.04] en el análisis univariado.

El TIMI inicial era 0 en el 71% de los casos, TIMI 1 en 15%, TIMI 2 en 7% y TIMI 3 en 7%.

El TIMI final fue 3 en 85% de los casos, 2 en 9%, 1 en 2% y 0 en 4%.

El valor promedio de CK máximo fue 1244 mmol/L (RIC 590-2386) y el de CK-MB máximo 56.5 mmol/L (20-217)

13% de los p recibieron tratamiento con IGP IIb/IIIa, 87% con clopidogrel (35% con carga de 600 mg y 62% de 300 mg), 13% con prasugrel y 99% con AAS. La antiagregación se inició en la guardia en el 29% de los casos, en UCO en el 53%, pre ATC en 11% y post ATC en el 7%. Durante la internación el 89% de los pacientes recibieron tratamiento con beta bloqueantes, 95% con estatinas y 81% con IECA.

Diecisiete pacientes (3.7%) fueron tratados con BCIAo, 25 p (4%) requirieron MCP transitorio y 43 p (8%) ARM. 15% recibieron inotrópicos.

7 p (1.5%) evolucionaron con IM aguda, 2 con CIV (0.5%), 3 p (0.65%) presentaron embolias sistémicas, 27 p (6%) APIAM, 10 p (2%) reIAM, 28 p (6%) FA aguda, 7 p (1.5%) ACV (4 hemorrágicos, 2 isquémicos y 1 AIT), y 14 p (3%) una hemorragia mayor durante la internación.

18 p tenían lesión severa en TCI, a 11 p se les realizó CRM.

La mortalidad fue de 8% y en el análisis multivariado se asoció a la edad [OR=1.1 (1.04-1.2), p=0.001], TIMI 0-1 final [OR=16 (3.24-89), p=0.001], kk 3-4 [OR=7.9 (2-31), p=0.003] y uso de inotrópicos [OR=27 (7.4-99), p<0.001].

Conclusiones: En este registro la mortalidad del IAM ST fue del 8%, con una tasa de reperfusión primaria cercana al 80%, preferentemente por angioplastia primaria y tratamiento médico adecuado. La mortalidad se asoció a la edad, el TIMI final, el KK y el uso de inotrópicos.